

FORMULARIO DE REFERIDO AL MÉDICO

Nombre del Niño y Apellidos

Nombre del Director del Centro/Red

Región

Se refiere el niño(a) al médico porque:

1. Se observa lo siguiente:

2. Se necesita:

Nombre del Director del Centro/Red

Firma del Director del Centro/Red

Fecha: día/mes/año

Recibido por: _____

Firma del padre, madre o tutor

Fecha/ día/mes/año

Para ser completado por el médico:

De acuerdo con la evaluación médica, el niño(a) **debe permanecer en el hogar con tratamiento** hasta:

Fecha de regreso al hogar de cuidado: día/ mes/ año/:

Firma del Médico

Núm. Licencia